

Rapport public

Date d'émission du rapport : 13 février 2026

Numéro d'inspection : 2026-1383-0002

Type d'inspection :

Plainte

Incident critique

Suivi

Titulaire de permis : Iris L.P., par ses partenaires généraux, Iris GP Inc. et AgeCare Iris Management Ltd.

Foyer de soins de longue durée et ville : AgeCare Trilogy, Scarborough

RÉSUMÉ D'INSPECTION

L'inspection a eu lieu sur place aux dates suivantes : 4 au 6 et 9 au 13 février 2026

L'inspection concernait :

- Signalement : n° 00162690 – Signalement en lien avec une plainte concernant des allégations de mauvais traitements et l'administration des médicaments.
- Signalement : n° 00162709 – Suivi d'un ordre de conformité (OC) en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.
- Signalement : n° 00164324/Incident critique (IC) n° 2899-000037-25 – Signalement en lien avec l'éclosion d'une maladie.
- Signalements : n° 00165721/IC n° 2899-000039-25 et n° 00166700/IC n° 2899-000041-25 – Signalements en lien avec la prévention et la gestion des chutes.

Ordres de conformité délivrés antérieurement

L'inspection a établi la conformité à l'ordre ou aux ordres de conformité suivant(s) délivré(s) antérieurement :

Ordre n° 001 de l'inspection n° 2025-1383-0007 en lien avec l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22.

Les **protocoles d'inspection** suivants ont été utilisés pendant cette inspection :

- Gestion des médicaments
- Prévention et contrôle des infections
- Prévention des mauvais traitements et de la négligence
- Prévention et gestion des chutes

RÉSULTATS DE L'INSPECTION

Non-respect de conformité rectifié

Un **non-respect** de conformité a été constaté lors de cette inspection et il a été **rectifié** par le titulaire de permis avant la fin de l'inspection. L'inspectrice ou l'inspecteur a jugé que le non-respect répondait à l'intention du paragraphe 154 (2) et qu'aucune autre mesure n'était nécessaire.

Problème de conformité n° 001 – Rectifié en vertu de la disposition 154 (2) de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Selon les programmes de soins de deux personnes résidentes, on devait mélanger les médicaments écrasés à un agent spécifique pour les administrer. Toutefois, on a vu une infirmière auxiliaire autorisée ou un infirmier auxiliaire autorisé (IAA) utiliser un agent différent pour administrer les médicaments aux personnes résidentes. De plus, on a omis de réviser les programmes de soins de ces personnes lorsque leurs besoins en matière de soins ont évolué. Toutefois, cela n'a eu aucune répercussion sur elles, puisque les membres du personnel leur fournissaient des soins selon leurs préférences courantes.

Sources : Dossiers cliniques des personnes résidentes; entretiens avec des membres du personnel.

Date de mise en œuvre de la rectification : 5 février 2026.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 002 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 6 (4) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (4) – Le titulaire de permis veille à ce que le personnel et les autres personnes qui participent aux différents aspects des soins du résident collaborent ensemble à ce qui suit :

- a) l'évaluation du résident de sorte que leurs évaluations s'intègrent les unes aux autres, soient compatibles les unes avec les autres et se complètent;
- b) l'élaboration et la mise en œuvre du programme de soins de sorte que les différents aspects des soins s'intègrent les uns aux autres, soient compatibles les uns avec les autres et se complètent.

Lorsqu'une personne résidente a eu besoin d'une mesure d'intervention en tant que stratégie de prévention des chutes, les membres du personnel ont omis de collaborer. Par conséquent, la personne résidente a fait une chute et a subi une blessure.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 003 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 6 (10) b) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (10) – Le titulaire de permis veille à ce que le résident fasse l'objet d'une réévaluation et à ce que son programme de soins soit réexaminé et révisé tous les six mois au moins et à tout autre moment lorsque, selon le cas :

- b) les besoins du résident en matière de soins évoluent ou les soins prévus dans le programme ne sont plus nécessaires.

Lors de l'évaluation des risques de chute d'une personne résidente, on a constaté que

celle-ci avait besoin d'une mesure d'intervention en particulier. Toutefois, on a omis de réviser et de mettre à jour son programme de soins afin de le préciser.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de soins

Problème de conformité n° 004 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 6 (7) de la LRSLD (2021)

Programme de soins

Paragraphe 6 (7) – Le titulaire de permis veille à ce que les soins prévus dans le programme de soins soient fournis au résident, tel que le précise le programme.

Selon le programme de soins d'une personne résidente, celle-ci avait besoin que les membres du personnel mettent en place une mesure d'intervention lorsqu'elle était dans un fauteuil roulant, en raison de son risque de chute. Toutefois, on a vu la personne résidente essayer de sortir de son fauteuil roulant, alors que l'on avait omis de mettre en place la mesure d'intervention.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Techniques de transfert et de changement de position

Problème de conformité n° 005 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'article 40 du Règl. de l'Ont. 246/22

Techniques de transfert et de changement de position

Article 40 – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que les membres du personnel utilisent des appareils ou des techniques de transfert et de changement de position sécuritaires lorsqu'ils aident les résidents.

Une personne résidente a fait une chute. Ensuite, des membres du personnel l'ont aidée à se relever manuellement. Toutefois, le foyer a une politique selon laquelle il faut éviter de relever les personnes de la sorte (zero-lift policy). Ainsi, les membres du

personnel auraient dû utiliser un lève-personne mécanique pour aider la personne résidente à se relever après sa chute.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; notes d'enquête du foyer; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 006 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 53 (1) 1 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

1. Un programme de prévention et de gestion des chutes visant à diminuer le nombre de chutes et les risques de blessure.

Dans le contexte de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de prévention et de gestion des chutes qui prévoit des stratégies visant à surveiller les personnes résidentes, et de veiller à ce que l'on s'y conforme. Plus précisément, des membres du personnel infirmier autorisé ont omis de respecter la politique du foyer concernant la routine de suivi des blessures à la tête (Head Injury Routine Policy). En effet, ils ont omis d'entreprendre la routine en question après qu'une personne résidente eut fait une chute sans témoin.

Une personne résidente a fait une chute sans témoin. Toutefois, en examinant le registre de surveillance de la personne résidente dans le cadre de la routine de suivi des blessures à la tête (HIR monitoring record), on a constaté qu'il y manquait des renseignements.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du foyer concernant la routine de suivi des blessures à la tête (LTC-ON-200-07-04; Head Injury Routine Policy); entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programmes obligatoires

Problème de conformité n° 007 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : la disposition 53 (1) 4 du Règl. de l'Ont. 246/22

Programmes obligatoires

Paragraphe 53 (1) – Le titulaire de permis d'un foyer de soins de longue durée veille à ce que soient élaborés et mis en œuvre au foyer les programmes interdisciplinaires suivants :

4. Un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les résidents et à la gérer. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 53 (1); Règl. de l'Ont. 66/23, article 10.

Aux termes de l'alinéa 11 (1) b) du Règl. de l'Ont. 246/22, le titulaire de permis est tenu d'avoir un programme de gestion de la douleur visant à déceler la douleur chez les personnes résidentes, et de veiller à ce que l'on s'y conforme. Plus précisément, des membres du personnel infirmier autorisé ont omis de respecter la politique correspondante du foyer. En effet, après qu'une personne résidente eut signalé l'apparition d'une nouvelle douleur, ils ont omis d'effectuer une évaluation de la douleur auprès de celle-ci.

Une personne résidente a fait une chute. Toutefois, après que la personne résidente eut signalé qu'elle ressentait de la douleur, les membres du personnel infirmier autorisé ont omis d'effectuer une évaluation de la douleur auprès d'elle.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; politique du programme de gestion de la douleur du foyer (LTC-ON-200-05-06; Pain Management Program policy); entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Prévention et gestion des chutes

Problème de conformité n° 008 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 54 (1) du Règl. de l'Ont. 246/22

Prévention et gestion des chutes

Paragraphe 54 (1) – Le programme de prévention et de gestion des chutes doit au minimum prévoir des stratégies visant à diminuer les chutes ou à en atténuer les effets, notamment par la surveillance des résidents, le réexamen des régimes médicamenteux

des résidents, la mise en œuvre de méthodes axées sur les soins de rétablissement et l'utilisation d'équipement, de fournitures, d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 54 (1).

Une personne résidente a fait une chute et a subi une blessure. Toutefois, au moment où la personne a fait cette chute, un appareil précis que l'on aurait dû mettre en œuvre auprès d'elle n'était pas en place.

Sources : Dossiers cliniques d'une personne résidente; entretiens avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Services d'entretien

Problème de conformité n° 009 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 96 (2) a) du Règl. de l'Ont. 246/22

Services d'entretien

Paragraphe 96 (2) – Le titulaire de permis veille à ce que soient élaborées et mises en œuvre des marches à suivre qui garantissent ce qui suit :

a) le matériel électrique et non électrique, notamment les appareils de levage, sont maintenus en bon état et ils sont entretenus et nettoyés de manière à satisfaire au moins aux instructions du fabricant.

Parmi les mesures d'intervention pour la prévention des chutes d'une personne résidente, on mentionnait l'utilisation d'un appareil précis. À une date donnée, on a mis l'appareil en place auprès de la personne résidente; toutefois, celui-ci ne fonctionnait pas.

Sources : Démarches d'observation; dossiers cliniques d'une personne résidente; entretien avec des membres du personnel.

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 010 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect de : l'alinéa 102 (2) b) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (2) – Le titulaire de permis met en œuvre ce qui suit :

b) les normes ou protocoles que délivre le directeur à l'égard de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (2).

Aux termes de l'exigence supplémentaire énoncée à l'article 9.1 de la Norme de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour les foyers de soins de longue durée (la « Norme »), on doit prendre des précautions supplémentaires dans le cadre du programme de PCI. Plus précisément, il s'agit de l'exigence figurant à l'alinéa 9.1 f), qui traite de l'utilisation adéquate de l'équipement de protection individuelle (EPI), notamment le choix, le port, le retrait et l'élimination de façon appropriée de l'EPI. Toutefois, on a vu une personne préposée aux services de soutien personnel (PSSP) omettre de porter l'EPI requis, alors qu'elle se trouvait dans la chambre à coucher d'une personne résidente à l'égard de laquelle on devait prendre des précautions supplémentaires.

Sources : Démarches d'observation; la Norme (révisée en septembre 2023); entretien avec la personne responsable de la prévention et du contrôle des infections (PCI).

AVIS ÉCRIT : Programme de prévention et de contrôle des infections

Problème de conformité n° 011 – Avis écrit en vertu de la disposition 154 (1) 1 de la LRSLD (2021).

Non-respect du : paragraphe 102 (8) du Règl. de l'Ont. 246/22

Programme de prévention et de contrôle des infections

Paragraphe 102 (8) – Le titulaire de permis veille à ce que tout le personnel participe à la mise en œuvre du programme, notamment tous les membres de l'équipe de leadership, y compris l'administrateur, le directeur médical, le directeur des soins infirmiers et des soins personnels, et le responsable de la prévention et du contrôle des infections. Règl. de l'Ont. 246/22, paragraphe 102 (8).

(i) Lors de l'administration des médicaments, une ou un IAA a placé des médicaments oraux dans les mains d'une personne résidente, alors qu'elle ou il avait omis d'inviter la personne à se laver les mains ou de l'aider à se laver les mains.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

(ii) Une ou un IAA a omis de suivre le processus d'hygiène des mains avant de mettre une paire de gants en vue de fournir des soins à une personne résidente. Elle ou il a également omis de suivre ce processus avant d'administrer des médicaments à la même personne résidente.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.

(iii) On a vu une ou un IAA préparer des médicaments, puis les administrer à deux personnes résidentes. Toutefois, elle ou il a omis de suivre le processus d'hygiène des mains. L'IAA a également omis de suivre ce processus au moment d'entrer dans plusieurs pièces.

Sources : Démarches d'observation; entretiens avec des membres du personnel.